

Berklasýking í sári við endaparmsop

• Sjúkratilfelli •

Ásdís Kristjánsdóttir¹ lækni

Agnar Bjarnason^{2,3} lækni

Gígja Erlingsdóttir⁴ lækni

Páll Helgi Möller^{1,3} lækni

¹Kviðarholsskurðeild Landspítala, ²smitsjúkdómadeild Landspítala, ³læknadeild Háskóla Íslands, ⁴meinafræðideild Landspítala

Fyrirspurnum svarar Ásdís Kristjánsdóttir, asdikris@landspitali.is

Greinin barst 11. desember 2025, samþykkt til birtingar 10. febrúar 2026

Höfundar fengu samþykki sjúklings fyrir þessari umfjöllun og birtingu.

Inngangur

Berklar eru enn í dag alvarlegt og alþjóðlegt heilsufarsvandamál. Greining þeirra er þó fremur sjaldgæf á Íslandi en um það bil tíu til tuttugu tilfelli greinast hér á landi á ári hverju.¹ Algengast er að berklasýking af völdum *Mycobacterium tuberculosis* valdi lungnaberklum (*pulmonary tuberculosis*), en bakterían getur einnig sýkt önnur líffærakerfi.² Berklar utan lungna (*extrapulmonary tuberculosis*) voru 16% af heildartilfellum berkla á heimsvísu árið 2020 samkvæmt skýrslu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (World Health Organization, WHO).³ Auknar líkur á því að þróa með sér sjúkdóminn eru hjá einstaklingum með HIV og við ákveðna áhættuþætti eins og vannæringu, sykursýki, reykingar og áfengisneyslu.²

Um 0,5-2% einstaklinga sem veikjast af berklum þróa með sér berklasýkingu í meltingarvegi (*gastrointestinal tuberculosis*) og geta allir hlutar hans sýkst.^{4,5,6} Það getur verið erfitt að greina berkla í meltingarvegi vegna ósértækrar birtingarmyndar og líkinda við aðra sjúkdóma, eins og bólgusjúkdóma í meltingarvegi (*inflammatory bowel disease*) og illkynja sjúkdóma.^{6,7} Berklasýkingu umhverfis endaparmsop og á spöng hefur sjaldan verið lýst og er hún talin vera aðeins um 1% berklasýkinga í meltingarvegi.^{6,8}

Hér er lýst nýlegu tilfelli á Landspítalanum.

Á G R I P

Berklasýking við endaparmsop er mjög sjaldgæf birtingarmynd berkla. Hér er lýst nýlegu tilfelli 41 árs hrausts manns sem greinist með ígerð við endaparmsop sem þarfnadist skoðunar og tæmingar á skurðstofu. Þar sem sárið eftir aðgerðina greri illa næstu mánuði voru tekin ný ræktunar- og vefjasýni. Vefjagreining sýndi bólguhnúða með drepri ásamt sýruföstum stöfum og vakti grun um berkla. Nánari uppvinnsla leiddi í ljós lungnaberkla. Sjúklingur fékk sex mánaða sýklalyfjameðferð og náði algjörum bata. Sárið við endaparmsopið greri vel í kjölfar meðferðar. Berklar eru mikilvæg mismunagreining ef sár eða meinsemd við endaparmsop eða annars staðar grær illa eða kemur endurtekið upp.

Tilfelli

Fjörutíu og eins árs gamall hraustur maður leitaði á heilsugæslu vegna verks við endaparmsop og gruns um gyllinæð. Hann reyndist vera með ígerð við endaparmsop (*perianal abscess*) og var ákveðið að hefja meðferð með sýklalyfjum. Sama dag fór hann til útlanda og var þar slæmur af verkjum en batnandi af einkennum þegar ígerðin opnaðist. Við heimkomu fékk hann aftur verki við endaparmsop og var í kjölfarið vísað á bráðamóttöku Landspítalans í Fossvogi til nánari skoðunar.

Við skoðun á bráðamóttöku var sjúklingur hitalaus og ekki bráðveikindalegur. Ígerð sást á spöng hægra megin tvo til þrjá sentímetra frá endaparmsopi og þaðan vall gröftur út. Blóðprufur sýndu væga hækkun á hvítum blóðkornum og CRP (*C-Reactive Protein*). Þar sem einkenni höfðu ekki batnað þrátt fyrir að ígerðin hefði opnast og sýklalyf ekki skilað nægum árangri, var honum vísað til skurðlækna þar sem var ákveðið að gera skoðun í svæfingu sama kvöld. Í aðgerðarlýsingu er lýst opnu sári á spöng sem þarfnadist ekki frekari tæmingar. Sjúklingur útskrifaðist heim samdægurs með leiðbeiningar um daglegar skolanir án sýklalyfja og var gefinn endurkomutími hjá sérfræðingi eftir þrjár vikur.

Við það tilefni var sárið enn opið og hafði lítið dregist

saman. Ákveðin var frekari eftirfylgd hjá hjúkrunarfræðingum á göngudeild. Sárið varð grynna en lokaðist ekki á næstu fjórum mánuðum. Því var ákveðið að taka sjúkling aftur til skoðunar í svæfingu þar sem sást sár, en ekki merki um ígerð eða sýkingu. Hins vegar var tilkominn grunnur fistill við endaparmsop sem í var settur seton-þráður. Í aðgerðinni var tekið sýni úr sárinu og það sent í almenna ræktun ásamt því að tveir vefjabitar voru sendir í meinafræðirannsókn.

Í svari meinafræðideildar sást vefur úr sári með kröftugri bráðri bólgu og hnúðabólgu (*granulomatous inflammation*) með drepi (Mynd 1). Einnig sáust fáeinir sýrufastir stafir og því vaknaði sterkur grunur um sýkingu af völdum mýkóbaktería. Í framhaldinu var haft samráð við smitsjúkdómalækni sem ráðlagði frekari uppvinnslu með röntgenmynd af lungum og nýju sýni úr sári sem var sent í berklaræktun. Lungnamyndin sýndi breytingar í báðum lungum sem voru grunsamlegar fyrir berkla og því var í framhaldinu ráðlögð tölvusneiðmynd (TS) af lungum og kviðarholi til nánari myndgreiningar.

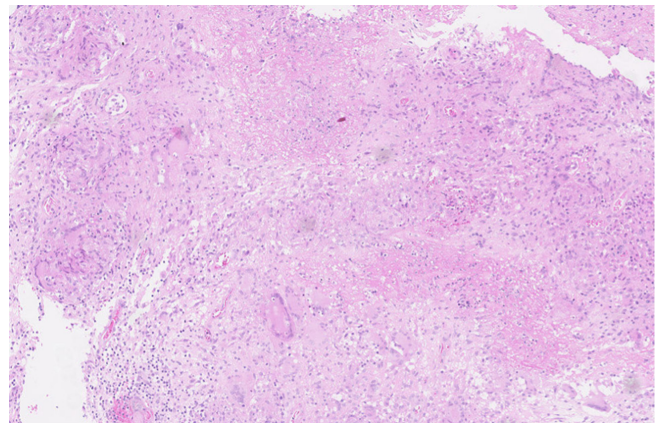
TS af lungum sýndi umtalsverðar breytingar í efri lungna-blöðum, en þar sáust nokkrir íferðarflákar í báðum lungum ásamt byrjandi holumyndun (Mynd 2). TS af kviðarholi var án athugasemda. Berklar voru taldir vera líklegasta greiningin út frá þessum rannsóknum þrátt fyrir lítil einkenni. Í framhaldinu var ráðlagt að fá þrjú hrákasýni og senda í litun fyrir sýruföstum stöfum og í berklaræktun. Einnig var sent blóðsýni í HIV-rannsókn og IGRA-próf (*interferon gamma release assay*) (Quantiferon®).

Við nánari sögutöku var sjúklingi lýst sem áður hraustum manni sem bjó með eiginkonu og þremur börnum. Hann hafði ekki haft hita, hroll eða nætursvita síðastliðna mánuði. Matarlyst hafði verið góð og ekki var saga um nýlega megrun. Hann neitaði hósta, uppgangi, blóðhósta og mæði. Hann hafði enga þekktá útsetningu fyrir berklum. Sjúklingur vann hefðbundið skrifstofustarf og hafði aldrei unnið í ferðaþjónustu eða öðrum störfum sem væru líkleg til að auka hættu á berklautsetningu. Ferðasaga gaf ekki tilefni til að gruna sérstaka hættu á útsetningu. Meðan á uppvinnslu stóð var honum ráðlagt að hafa hægt um sig, forðast fjölmenni og nota grímu.

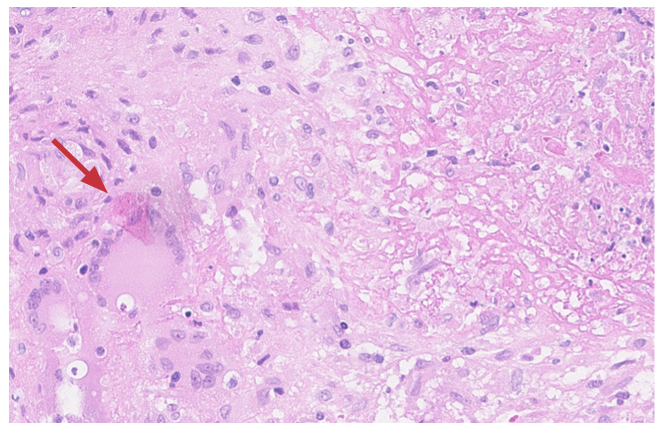
Niðurstöður litana fyrir sýruföstum stöfum í þremur hrákasýnum reyndust allar neikvæðar. Hann reyndist HIV-neikvæður en IGRA-próf var jákvætt. Í framhaldinu var ráðlögð berkju-speglun og sýni send í frumurannsókn og ræktun. Hann var þarna algjörlega einkennalaus og ekki talinn smitandi í ljósi neikvæðra litana.

Rétt rúmum mánuði frá berkju-spegluninni tóku sýrufastir stafir að vaxa úr berkjuskoli frá báðum lungum. Staðfesting-arpróf með PCR-aðferð staðfesti að um *M. tuberculosis* var að ræða og leit að ónæmisgenum fyrir rifampíni og ísóníazíði var neikvæð. Berklameðferð var því hafin samdægurs með ísóníazíði, rifampíni, ethambútóli og pírazínámíði ásamt pyridoxíni (B6-vítamín). Næmispróf sýndu fram á vel næma berkla og var ráðlögð sex mánaða meðferð. Á lokum uxu berklar úr þremur hrákasýnum að auki. Á meðan á meðferð stóð, sem sjúklingur þoldi vel, sýndu lungnamyndir bata-merki.

Sárið við endaparmsopið greri vel eftir að lyfjameðferð var



Mynd 1a. Smásjármynd af H&E lituðu vefjasýni frá sjúklingi sem tekið er frá sári við endaparmsop. Hér sést drepmýndandi hnúðabólga.



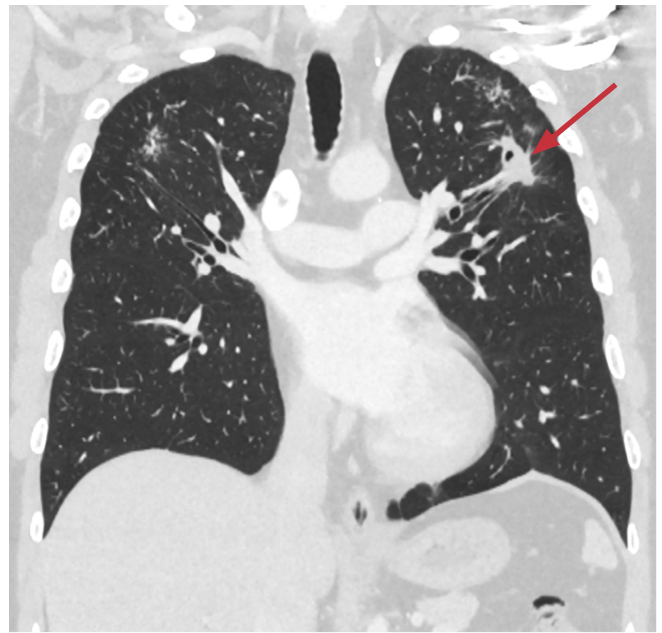
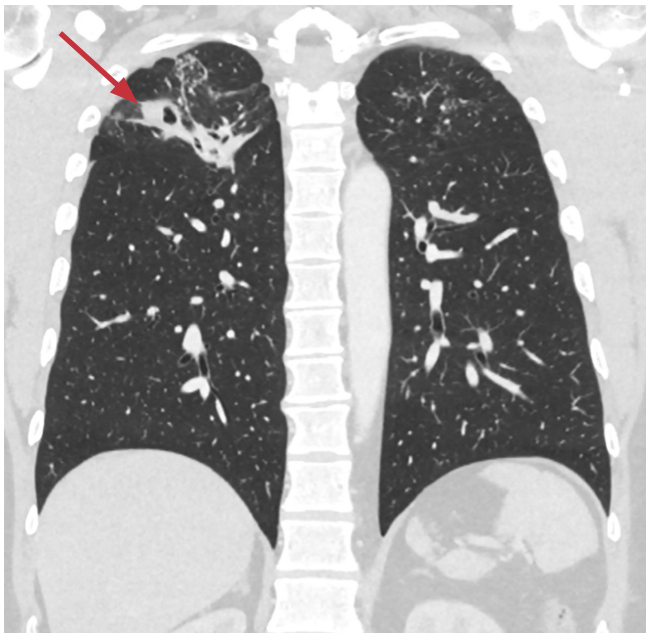
Mynd 1b. Nærmynd þar sem rauða örin bendir á bólguhnúð (granuloma).

hafin en hann þurfti að gangast undir þrjár aðgerðir eftir að lyfjameðferð lauk vegna fyrrnefnds fistils. Sjúklingur hefur lokið meðferð við berklum og náð góðum bata. Hann er laus úr eftirliti.

Umræða

Berklasyking í meltingarvegi er eins og áður segir sjaldgæf birtingarmynd berkla utan lungna. Algengast er að svæði dausgarnar (*ileum*) og botnrists (*coecum*) sýkist en allir hlutar meltingarvegarins geta sýkst. Aðeins lítill hluti þróar með sér sjúkdóm umhverfis endaparmsop.⁶ Berklar geta sýkt alla, óháð kyni og aldri, en almennt virðist tíðni berkla og berklasykinga umhverfis endaparmsop vera mun hærri hjá karlmönnum á fullorðinsaldri.^{2,8,9}

Berklar umhverfis endaparmsop birtast yfirleitt samhliða eða sem afleiðing lungnaberkla.^{8,9} Talið er að dreifing bakteríunnar til endaparms sé oftast með þeim hætti að einstaklingur kyngir hráka eða vökva frá öndunarvegi (*respiratory secretions*) sem inniheldur sýrufasta stafi sem þola magasýrur og þannig nái bakterían að dreifa sér niður í meltingarveg. Aðrar mögulegar dreifingarleiðir eru með blóði hjá einstaklingum með endurvirkjun óvirkra berkla, bein dreifing frá nálægum líf-færum sem eru sýkt með berklabakteríunni eða sem dreifing



Mynd 2. Tölvasneiðmynd af lungum hjá sjúklingi sem sýnir iferðarfláka ofan til í báðum lungum með holumyndun (cavitation) (rauð ör).

vessa frá nálægum eitlum hjá einstaklingum með berklasýkingu í meltingarvegi eða þvagfærum.^{8,10}

Það getur verið áskorun að greina berkla umhverfis endaparmsop og greiningin getur verið óvænt, líkt og í tilfellinu sem lýst er hér. Líklegt er að ef sjúklingur hefði ekki greinst á þessu stigi, hefði sjúkdómurinn þróast í þá átt að verða smitandi innan fárra mánaða. Bæði einstaklingar með skert ónæmiskerfi og þeir sem eru með heilbrigt ónæmiskerfi geta sýkst. Berklasýking umhverfis endaparmsop getur líkst öðrum sjúkdómum á þessu svæði, sem getur gert greiningu erfiða. Aðrar mismunagreiningar eru til dæmis bólgusjúkdómar í meltingarvegi eins og Crohn's sjúkdómur, svitakirtlaígerð (*hidradenitis suppurativa*), sárasótt og illkynja sjúkdómar.^{6,7,9,10}

Ef berklar greinast í meltingarvegi þarf að vinna sjúkling frekar upp með tilliti til lungnaberkla eða berklasýkingar í öðrum líffærakerfum. Taka þarf ítarlega sögu sem snýr að einkennum lungnaberkla, eins og hósta, hita, nætursvita og megrun, fá myndgreiningu af lungum og huga að einangrun.⁸ Sömu leiðis er mikilvægt að fá TS af kviðarholi og í sumum tilfellum er rétt að gera ristilspeglun til að útiloka sýkingu í

meltingarvegi.¹⁰ Í þessu tilfelli voru sýkinga- og bólgumerki í blóði (hvít blóðkorn og CRP) yfirleitt innan eðlilegra marka á meðan á uppvinnslu stóð en í örfáum tilfellum voru þau lítillega hækkuð. Mikilvægt er að minna á að einstaklingur getur verið með útbreidda berkla en fremur eðlilegar blóðprufur líkt og í þessu tilfelli.⁴ Sökk í blóði mældist alltaf innan marka hjá sjúklingi.

Hefðbundin meðferð við lyfjanæmum berklum er yfirleitt fjögurra sýklalyfja meðferð eins og veitt var í þessu tilviki, en á Íslandi eru ónæmir berklar sjaldgæfir. Meðferðin er yfirleitt sex mánaða löng. Í þeim tilfellum sem fistlar eða ígerðir eru til staðar umhverfis endaparmsop eru skurðaðgerðir oft nauðsynlegar. Í þessu tilfelli náðist góður bati eftir að lyfjameðferð hófst.

Berklasýking ætti að vera mismunagreining þegar meinsmdir eins og sár, fistlar eða ígerðir umhverfis endaparmsop gróa illa eða koma endurtekið upp. Þá er mikilvægt að fá vefja- og ræktunarsýni og biðja um berklaræktun frá svæðinu til að útiloka berkla eins og gert var í þessu tilfelli.⁶ Þekking og opinn hugur meðhöndlandi lækna er nauðsynleg forsenda greiningar.

Heimildir

1. Ársskýrsla sóttvarna 2024. Embætti landlæknis. Júní 2025. <https://island.is/smitsjukdomar-ao/farsottaskyrsla> – september 2025.
2. Global tuberculosis report 2024. Geneva: World Health Organization; 2024. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240101531> – september 2025
3. Global tuberculosis report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131> – september 2025.
4. Tahiri M, Goh KL, Abbas Z, et al. Digestive Tract Tuberculosis Guideline. J Clin Gastroenterol. 2023;57(7):643-650.
5. Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine, 21e. McGraw-Hill Education; 2022.
6. Kentley J, Ooi JL, Potter J, et al. Intestinal tuberculosis: a diagnostic challenge. Trop Med Int Health. 2017;22(8):994-999.
7. Kim SH, Kim JW, Jeong JB, et al. Differential diagnosis of Crohn's disease and intestinal tuberculosis in patients with spontaneous small-bowel perforation. Dig Surg. 2014;31(2):151-156.
8. Tago S, Hirai Y, Ainoda Y, et al. Perianal tuberculosis: A case report and review of the literature. World J Clin Cases. 2015;3(9):848-852.
9. Mathew S. Anal tuberculosis: report of a case and review of literature. Int J Surg. 2008;6(6):e36-e39.
10. Takahashi AAR, Bassaneze T, Longo KS, et al. Primary extensive perianal cutaneous tuberculosis: A challenging diagnosis. Case report and a review of the literature. Braz J Infect Dis. 2023;27(1):102722.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/ibl.2026.03.883

Perianal tuberculosis

Asdis Kristjansdóttir¹Agnar Bjarnason^{2,3}Gigja Erlingsdóttir⁴Páll Helgi Møller^{1,3}

¹Department of General Surgery, Landspítali – University Hospital, ²Department of Infectious Diseases, Landspítali – University Hospital, ³Faculty of Medicine, University of Iceland, ⁴Department of Pathology, Landspítali – University Hospital

Correspondance: Asdis Kristjansdóttir, asdikris@landspitali.is

Key words: Tuberculosis, extrapulmonary tuberculosis, perianal, abscess

Perianal tuberculosis is a rare manifestation of tuberculosis. This report describes a healthy 41-year-old man diagnosed with a perianal abscess that required examination and surgical drainage under general anesthesia. The wound healed poorly over the following months, prompting repeat cultures and tissue sampling. Histological diagnosis revealed necrotizing granulomatous inflammation and acid-fast bacilli, indicating mycobacterial infection. Further investigation revealed pulmonary tuberculosis. The patient received a six-month course of anti-tuberculosis medications and recovered fully. The perianal wound healed well following treatment. Tuberculosis is an important differential diagnosis in individuals with a wound or a lesion near the anus or elsewhere that heals slowly or recurs.